UNIVERSITE PARIS V RENE-DESCARTES

FACULTE DE MEDECINE COCHIN PORT-ROYAL

ANNEE 1975

THESE

N° 6119

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Florent François MAIGNE

né le 18 Juin 1945 à Villejuif (Val de Marne)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE . . . . . .

LES POLYPES GASTRIQUES

ASPECTS CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES ACTUELS

(Revue de la littérature à propos d'une observation personnelle)

Président : Cl. LAROCHE, Professeur

EDITIONS MEDICALES EMU ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

UNIVERSITE PARIS V RENE-DESCARTES

FACULTE DE MEDECINE COCHIN PORT-ROYAL

ANNEE
1975

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Florent François MAIGNE

né le 18 Juin 1945 à Villejuif (Val de Marne)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE. . . . . .

LES POLYPES GASTRIQUES
ASPECTS CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES ACTUELS
(Revue de la littérature à propos d'une observation personnelle)

Président : Cl. LAROCHE, Professeur

EDITIONS MEDICALES EM ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548102_0002

A Evelyne.

A Esther,

A ceux qui me sont chers.

A Monsieur le Professeur C. LAROCHE,

Professeur de Clinique Médicale,

Chevalier de la Légion d'honneur,

qui nous fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

En hommage de notre respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé CREMER,

qui a bien voulu nous confier le sujet de cette thèse et nous guider dans son élaboration.

En témoignage de notre profonde gratitude.

P L A N

OBSERVATION

LES POLYPES GASTRIQUES

- . Anatomie pathologique
- . Clinique
- . Radiologie
- . Endoscopie
- . Evolution - Complications
- . Dégénérescence maligne
- . Associations pathologiques

TRAITEMENT

- . Chirurgie
- . Résection endoscopique
  - Matériel
  - Technique
  - Résultats
  - Suites
  - Contrôle histologique
  - Indications
  - Polypectomie d'emblée

CONCLUSION

Les polypes gastriques, les plus fréquentes des tumeurs bénignes de l'estomac, posent un difficile problème thérapeutique.

A propos d'un malade atteint de polypose multiple, hospitalisé à l'hôpital Cochin dans le service du Professeur Laroche, nous avons fait une revue générale de la polypose gastrique, de ses incidences thérapeutiques et nous nous sommes particulièrement intéressé à un nouveau procédé : la polypectomie endoscopique.

OBSERVATION

Monsieur L... Félix, 73 ans, est hospitalisé le 26 septembre 1974 pour un oedème post-phlébitique du membre inférieur gauche, apparu depuis plusieurs semaines, dur, indolore, remontant de la cheville jusqu'à la racine de la cuisse.

Une néoplasie digestive est alors recherchée de principe chez ce malade qui ne présente cependant aucun trouble de nature digestive, exceptée une banale dyspepsie, mais ni douleur, ni diarrhée ou autre trouble du transit, ni hémorragie macroscopique.

Un amaigrissement discret est noté, de 1 ou 2 kgs, apparu depuis quelques mois, sans altération de l'état général.

Monsieur L... présente d'autre part :

- un syndrome parkinsonnien ;
- un épithélioma développé sur une prostate adénomectomisée, affirmé par la biopsie. Cependant, l'absence de tout envahissement local de cette néoplasie prostatique, autorise à ne pas la retenir comme cause possible de la phlébite du membre inférieur gauche.

L'examen clinique est négatif. L'abdomen est souple et indolore dans son ensemble ; le foie est de volume et de consistance normaux ; il n'y a pas d'adénopathie,

L'examen hématologique du 5 octobre révèle une anémie modérée, à 12,9 g d'hémoglobine.

Glycémie, taux d'urée sanguine, ionogramme sont normaux.

L'examen radiologique, pratiqué le 9 octobre par le Docteur Elbare, montre :

- des encoches spasmodiques au niveau de l'oesophage mais l'absence de hernie hiatale,

- au niveau de l'estomac, une image de soustraction ulcérée en son centre, siégeant sur la face antérieure et la grande courbure de l'estomac, constante sur tous les clichés, évoquant un processus néoplasique.

La fibroscopie, pratiquée le 15 octobre par le Docteur Pergola, rencontre d'abord quelques difficultés d'introduction, puis la progression est facile jusque dans le bulbe.

Le bulbe, l'antre et le pylore sont normaux ainsi que le corps gastrique.

Au niveau de la grosse tubérosité, surtout le long de la grande courbure, existent plusieurs masses végétantes évoquant des polypes de taille variable. 2 sont de la taille d'un pois-chiche et présentent un pédicule. Les autres sont plus petits, au nombre de 5, de la taille d'un grain de café, sessiles.

La surface des gros polypes est macroscopiquement normale alors que les petits ont une surface hémorragique.

Le reste de la muqueuse est normal.

Plusieurs biopsies sont pratiquées donnant l'impression, au niveau des petits polypes, d'une infiltration de leur base.

Les biopsies gastriques sont interprétées par le Docteur Le Charpentier.

Le prélèvement comporte plusieurs fragments de muqueuse gastrique de type transitionnel (partie superficielle de la muqueuse).

En certains points on observe une métaplasie entéroïde associée à quelques infiltrats inflammatoires polymorphes (comportant notamment des polynucléaires).

Ces prélèvements multiples ne révèlent aucun signe histologique de malignité.

Au total, le diagnostic de polypose gastrique peut être affirmé grâce à l'examen endoscopique, l'étude histologique affirmant la bénignité des lésions.

La discussion thérapeutique, face à ces lésions, oppose l'intervention chirurgicale, la polypectomie par voie endoscopique, la simple surveillance médicale.

La découverte de plusieurs polypes au niveau de l'estomac doit, par prudence, conduire à leur exérèse. En effet, le risque de dégénérescence cancéreuse de ces tumeurs rend l'abstention dangereuse.

Pourtant, chez ce malade de 73 ans, porteur d'un adéno-carcinome prostatique, présentant par ailleurs un syndrome parkinsonnien, la bénignité histologique de ces polypes ayant été affirmée, l'acte chirurgical peut paraître excessif et bien traumatisant.

Finalement l'abstention chirurgicale est décidée, mais sous le couvert d'une surveillance endoscopique et histo-biopsique régulière.

LES POLYPES GASTRIQUES

Les polypes gastriques sont des tumeurs rares (0,2 à 0,8 % des autopsies ; 1,06 (2) à 3,1 % (7) des gastroscopies ; environ 4 % des malades gastriques).

Ils représentent 40 à 60 % des tumeurs bénignes de l'estomac et sont de 9 à 15 fois moins nombreux que les cancers gastriques (2).

x

x x

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Autrement dénommés adénomes, les polypes gastriques sont des tumeurs épithéliales bénignes s'implantant par une base plus ou moins large sur la muqueuse de l'estomac, faisant saillie dans sa lumière.

ASPECTS MACROSCOPIQUES

Ils peuvent être solitaires ou multiples, en petit nombre, réalisant alors une polypose multiple.

La fréquence de ces différents types est donnée de façon contradictoire. Il semble qu'elle soit à peu près la même.

La polypose diffuse, réalisant un véritable tapissement de la muqueuse par des éléments de petite taille, doit être séparée des adénomes qui nous intéressent.

Sessiles ou pédiculés, ils sont arrondis, mamelonnés ou digitiformes.

Leur taille varie de quelques mm à quelques cm mais est généralement comprise entre 0,5 et 2 cm.

Leur siège est surtout antral, mais ils peuvent se rencontrer au niveau du corps et de la grosse tubérosité.

La muqueuse qui les environne présente dans la majorité des cas des lésions de gastrite chronique en évolution.

CARACTERES HISTOLOGIQUES

Un diagnostic précis ne peut être fondé que sur les caractères anatomo-pathologiques.

Il s'agit d'une prolifération harmonieuse du tissu glandulaire, ramifiée ou non, ne débordant jamais la muscularis mucosae. Au centre se trouve un axe conjonctivo-vasculaire formé par la sous-muqueuse et une évagination de la muscularis-mucosae. Les tubes glandulaires hypertrophiés sont réguliers ou sinueux, mais toujours cernés par une basale nette.

L'hyperplasie peut intéresser la partie secrétrice des glandes, leur donnant un aspect sinueux, allongé, ramifié, cependant identifiable.

Si elle intéresse la partie excrétrice, le conduit glandulaire est élargi, allongé, et elles sont déformées en cavités kystiques remplies de mucus.

Ces deux aspects peuvent exister conjointement.

Les cellules qui tapissent ces tubes glandulaires sont normales ; elles présentent souvent un noyau basal, un aspect clair.

Différenciées, elles peuvent évoquer tous les types de cellules de la muqueuse : cellules superficielles, muco-secrétantes cardiales ou pyloriques, bordantes ou principales. Dans la métaplasie intestinale elles peuvent prendre l'aspect de cellules caliciformes ou à plateau strié.

Elles peuvent être indifférenciées et présenter des atypies même dans les polypes bénins.

Le chorion est normal ou remanié par un oedème congestif. Il est souvent hypervascularisé.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Des tumeurs bénignes, mais aussi malignes peuvent avoir macroscopiquement l'aspect de polypes adénomateux :

- les pseudo-polypes inflammatoires : hyperplasies localisées de la muqueuse, réalisant un soulèvement de celle-ci, résultant d'une réaction inflammatoire et ressemblant à une tumeur. Ils sont très colorés, sessiles, petits, de siège surtout antral. Ils sont souvent difficiles à identifier, même à l'endoscopie ;

- les schwannomes : leur volume plus grand les fait suspecter radiologiquement ;

- les myomes qui présentent souvent une ulcération centrale, quelques fois hémorragique ;

- les lipomes, les fibromes : tumeurs non épithéliales qui peuvent très bien les simuler, dont le volume est cependant plus important en général et pour lesquels le diagnostic sera seulement histologique ;

- les pancréas aberrants avec un centre déprimé, reliquat de canal excréteur, situés à quelques cm du pylore ;

- les tumeurs villeuses : exceptionnelles au niveau de l'estomac, de nature adénomateuse, elles sont presque toujours dégénérées quand le diagnostic en est fait ;

- les tumeurs vasculaires à l'aspect angiomateux ;

- certaines tumeurs malignes ;

  . polypes gastriques dégénérés,
  . épithélioma gastrique associé à un polype bénin et pris pour tel,
  . petits carcinomes polypoïdes,
  . rarement un lymphosarcome car son volume est beaucoup plus important.

En résumé, si les polypes gastriques sont des tumeurs bénignes, sessiles ou pédiculées, correspondant à la prolifération adénomateuse des glandes de la muqueuse autour d'un axe conjonctivo-vasculaire, en pratique le diagnostic histologique ne peut souvent être précisé qu'après l'examen de toute la pièce. Un même aspect macroscopique peut en effet être le masque de structures histolo-

giques bien différentes, sinon d'une tumeur à malignité potentielle ou affirmée.

x

x x

CLINIQUE

Les adénomes gastriques se rencontrent presque toujours chez des malades de plus de 40 ans : les différentes statistiques s'accordent toutes pour situer leur découverte essentiellement entre 50 et 70 ans.

Hommes et femmes semblent également exposés.

Aucun facteur héréditaire n'est retrouvé.

Leur sémiologie est des plus frustes, quand elle n'est pas inexistante.

En effet, près de la moitié des polypes gastriques restent latents : 17 à 50 % suivant les statistiques relevées par Blanc [1], 46 % dans la série de Debat [2] ; ils sont alors découverts lors d'un examen radiologique systématique, ou lors de l'autopsie.

La symptomatologie clinique est très polymorphe, rarement évocatrice.

Le plus souvent il s'agit d'un tableau chronique constitué par :

- des douleurs, fréquemment épigastriques, généralement sans périodicité, à type de brûlures. Elles peuvent aussi évoquer un ulcère gastrique, une gastrite, un syndrôme hiatal.

Elles sont plus ou moins influencées par un traitement symptomatique.

Elles sont retrouvées dans 50 à 70 % des cas [1] [2] ;

- une dyspepsie avec pesanteur et nausées post-prandiales, éructations, avec ou sans horaire fixe, météorisme diffus dans 28 à 40 % des cas [1] ;

- des troubles du transit et plus particulièrement une diarrhée dans 20 % des cas ;

- une dysphagie, plus rare : 5 % des cas ;

- de simples troubles de l'état général.

Un amaigrissement de 5 à 10 % du poids antérieur, plus ou moins rapide, est présent 1 fois sur 2.

Il peut rester inexpliqué ou être dû à une restriction volontaire de l'alimentation par crainte des douleurs, à un éthylisme associé ;

- anorexie ;

- asthénie.

Une hémorragie, pouvant coïncider avec des épisodes douloureux, ou survenir de façon isolée, peut être à l'origine de la découverte d'un polype, qu'il s'agisse d'une hématémèse ou, beaucoup plus souvent, d'un melaena.

L'hémorragie patente est rare (5 à 16 % des cas), mais un syndrome hémorragique est présent chez 30 à 50 % des malades (1).

D'autres fois, c'est par un syndrome de sténose du pylore, avec sensation de plénitude gastrique et douleurs cédant à des vomissements tardifs, que l'attention est attirée sur l'estomac.

Il peut être constant ou intermittent, évoquant alors un phénomène de clapet.

L'examen clinique est presque toujours négatif.

Un melaena peut être retrouvé par le toucher rectal.

Une adénopathie sus-claviculaire gauche et l'existence de métastases, hépatiques notamment, sont également recherchées de principe.

La découverte d'une tumeur de siège épigastrique, régulière ou bosselée, mobile si pédiculée, pouvant évoquer le diagnostic, est exceptionnelle : de 0 à 9 % des cas suivant les auteurs.

Seule une légère douleur provoquée à la palpation du creu épigastrique est retrouvée avec quelque constance : 15 à 40 % des cas (1).

Les examens de laboratoire essentiels sont :

- le tubage gastrique qui est le meilleur moyen d'apprécier l'activité fonctionnelle glandulaire en mettant en évidence une hypo ou une achlorhydrie.

La sécrétion gastrique s'y caractérise par une diminution des concentrations acide et peptique ainsi que par une diminution de son débit.

Cette manifestation biologique de la gastrite atrophique fréquemment associée aux polypes est retrouvée dans 75 à 95 % des cas (1) (2) ;

- l'examen hématologique qui peut montrer :
  - une anémie normocytaire, normo ou hypochrome due à une hémorragie occulte ;
  - une anémie hyposidérémique due à la gastrite atrophique associée ;

- en cas de Maladie de Biermer associée, une anémie franche, mégalocytaire, hyperchrome avec mégaloblastose médullaire.

x

x x

Le but essentiel de l'examen radiologique et de la gastroscopie est d'éliminer un cancer de l'estomac, éventualité beaucoup plus fréquente dans le cadre de la pathologie gastrique.

RADIOLOGIE

L'examen radiologique doit être pratiqué avec une technique rigoureuse, chez un patient debout, puis en procubitus ; il comporte de nombreux clichés en faisant varier l'incidence, avec compression dosée, en demi-réplétion, réplétion totale et évacuation.

L'insufflation de l'estomac peut être utile en permettant d'étudier ou de révéler l'étroitesse du pédicule d'une tumeur.

Le radio-cinéma permet une meilleure étude cinétique du polype et de la paroi voisine dont on apprécie la souplesse.

Les polypes gastriques peuvent donner des images caractéristiques :

- une ou plusieurs lacunes, arrondies, homogènes, à limites nettes, comme taillées à l'emporte-pièce, souples, parfois pédiculées, généralement de dimensions réduites ;

- une importante image lacunaire, exceptionnelle.

En cas de polypose diffuse les lacunes sont multiples, de très petite taille, juxtaposées, évoquant une mosaïque.

L'estomac est souple, non déformé ; les ondes péristaltiques franchissent facilement la tumeur et montrent l'intégrité des plis.

Le pylore est perméable.

La tumeur est souvent mobile.

La lacune peut être grignotée par une ulcération.

Les causes d'erreur, dues à une fausse image, peuvent avoir pour origine :

- la présence d'un corps étranger ou d'un débris alimentaire ;
- la présence d'un caillot sanguin ;
- des varices gastriques ;
- une gastrite hypertrophique avec aspects pseudopolypoïdes ;
- mais surtout un cancer pédiculé. Cependant une tumeur maligne donne volontiers une image plus volumineuse, irrégulière, implantée sur une paroi rigide dont les plis anarchiques s'arrêtent à distance.

Cet examen doit être complété par celui du grêle et du colon à la recherche d'une polypose étendue à d'autres segments du tube digestif.

Mais même quand les caractères radiologiques sont en faveur de la bénignité celle-ci ne peut être affirmée par ce seul examen.

Enfin il peut ne rien révéler d'anormal.

Sur 64 examens radiologiques pratiqués chez des malades atteints de polypose gastrique, Debat constate que le diagnostic a été :

- 14 fois affirmé (21 %) ;
- 25 fois évoqué (40 %) ;
- 12 fois erroné (19 %) ;
- 13 fois l'estomac ayant été considéré comme normal (20 %.)[2]

Etape indispensable à l'établissement du diagnostic, l'examen radiologique permet davantage de l'évoquer que de l'affirmer.

Il sera obligatoirement suivi par un examen endoscopique.

ENDOSCOPIE

La gastroscopie a une place essentielle dans l'exploration de ces lésions. Elle est sans danger, répétitive ; elle permet un examen direct. Elle complète et peut redresser l'interprétation radiologique, conduisant à un bilan précis des caractères du polype.

L'utilisation actuelle du fibroscope permet une étude pratiquement totale de la cavité gastrique et la pratique aisée de biopsies.

Ottenjann, Elster et Rösh (7) rapportent que pour 2 676 gastroscopies ils ont trouvé des polypes solitaires ou multiples chez 85 patients, soit 3,1 %, chiffre comparable aux 2,84 % obtenus par Hayaschi, qu'ils citent, pour l'ensemble de ses gastroscopies. Pour Debat, les 72 malades présentant une polypose gastrique ont été dépistés au cours de 6 600 gastroscopies, soit 1,06 %. (2)

Les polypes ont une couleur rose, rouge sombre, parfois à sommet grisâtre.

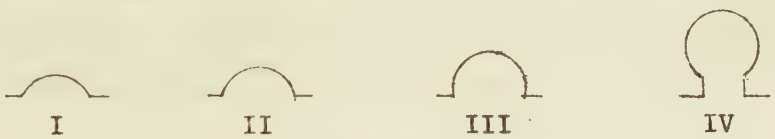
Leur taille varie de quelques mm à quelques cm.

Ils sont recouverts d'une muqueuse saine, quelques fois elle-même noyée sous une épaisse couche de mucus, ou présentant des ulcérations.

Ils sont lisses ou mamelonnés.

Certains sont sessiles et forment des masses plus ou moins saillantes, arrondies, correspondant aux types I et II de la classification de Yamada, mais qui en se développant peuvent secondairement devenir pédiculés.

D'autres sont à base étroite ou pédiculés (les plus volumineux sont de ce type) correspondant aux types III et IV.



Classification de Yamada.

Ils peuvent siéger sur n'importe quelle partie de l'estomac mais la localisation antrale est la plus fréquente : 60 à 75 % contre 25 à 40 % sur le corps et 5 % sur la grosse tubérosité (1).

La muqueuse gastrique est atrophique dans 56 à 95 % des cas (1).

Les polypes d'un diamètre supérieur à 2 cm sont toujours suspects de malignité, particulièrement si leur surface est irrégulière, ulcérée, hémorragique, si la muqueuse avoisinante est infiltrée.

Il n'est pas toujours aisé de différencier un polype adénomateux d'un pseudo-polype inflammatoire, d'un polype dégénéré, ou d'un carcinome polypoïde.

La biopsie dirigée peut apporter une réponse : elle sera pratiquée systématiquement.

Ottenjann, sur 73 polypes biopsiés, a trouvé [7] :

- 43 polypes adénomateux ;
- 2 polypes métaplasiques inflammatoires ;
- 4 carcinomes confirmés par l'intervention chirurgicale ;
- et chez 19 patients une muqueuse normale, une gastrite superficielle ou atrophique chronique.

En fait, le diagnostic histologique reste souvent incertain avant l'examen anatomo-pathologique de toute la tumeur, car la biopsie, trop superficielle n'atteint pas toujours la couche glandulaire.

Pour Dabat, l'adénome est affirmé dans 25 % des cas, douteux dans 11 %, le diagnostic ne pouvant être fait dans les 64 % restants [2].

Seifert confirme ce point : dans seulement 40 % des cas il a pu affirmer le diagnostic d'adénome par la biopsie dirigée. [4]

Les cas curables par simple exérèse peuvent bénéficier de la résection endoscopique qui permet ainsi d'assurer le diagnostic histologique par l'examen de la totalité de la tumeur.

Par contre gastroscopie et biopsie permettent d'affirmer la bénignité d'un polype avec une grande sûreté : 98 % [2].

Et ce point est essentiel lors de la surveillance endoscopique en cas d'abstention chirurgicale.

Certains éléments anatomo-pathologiques plaident en faveur du caractère bénin ou malin de la lésion :

Bénignité :	Malignité :
- présence d'un pédicule,	- aspect sessile,
- couleur rouge,	- pâleur,
- aspect lisse, régulier,	- surface irrégulière,
- muqueuse normale sur le polype,	- érosion, polype hémorragique,
- diamètre inférieur à 2 cm.	- diamètre supérieur à 2 cm.

Dans la série de Debat, qui s'accorde aux autres statistiques, on relève :

- pour 27 polypes inférieurs à 3 mm : aucun signe de malignité ;
- pour 36 polypes de 4 à 20 mm : 3 sont dégénérés soit 8 % ;
- et pour 9 polypes de plus de 20 mm : 4 sont dégénérés soit 44,5 %.

Au total le diagnostic d'adénome rend écessaire l'utilisation conjointe de techniques complémentaires :

- examen radiologique qui permet de l'évoquer sinon de l'affirmer,

- fibroscopie avec biopsie dirigée qui apporte la preuve de la bénignité ou non de la tumeur, mais seulement dans 25 à 40 % des cas celui d'adénome.

x

x x

EVOLUTION-COMPLICATIONS

Les observations de Ueno portant sur 288 polypes recensés en 8 ans ont montré que leur développement est très lent.

Aussi l'évolution reste-t-elle longtemps silencieuse, mais une complication peut survenir : hémorragie, ulcération, sténose brusque du pylore.

Les hémorragies graves sont rares (hématémèse ou melaena) ; elles sont estimées à 5 à 16 % des cas [1], elles peuvent être redoutables.

Un melaena occulte est admis dans 30 à 50 % des cas, qui peut être responsable d'une anémie.

Des vomissements surviennent dans 14 % des cas.

Enfin, risque évolutif majeur, les polypes peuvent dégénérer.

Nous empruntons à Blanc [1] le tableau réunissant les différentes statistiques concernant les manifestations cliniques et les complications des polypes gastriques :

- douleurs et troubles dyspeptiques . . . . . 50 à 70 %,
- amaigrissement . . . . . 50 %,
- syndrome hémorragique . . . . . 30 à 50 %,
- dégénérescence cancéreuse . . . . . 6 à 25 %,
- diarrhée . . . . . 20 %,
- anémie, en dehors d'un syndrome hémorragique 17 %
- hémorragies graves . . . . . 5 à 16 %,
- anorexie, nausées . . . . . 14 %,
- vomissements . . . . . 14 %,
- dysphagie . . . . . moins de 5 %.

DEGENERESCENCE MALIGNE

Actuellement admise unanimement, la dégénérescence maligne, toujours à redouter, est le problème essentiel de l'évolution des polypes. L'apparition d'un carcinome à leur niveau va conditionner le traitement et imposer l'intervention chirurgicale.

Dans le colon les risques de dégénérescence sont estimés à 50 %. Dans l'estomac la plupart des statistiques les situent entre 5 et 25 % (1) (2).

Certains caractères la font suspecter :

- taille du polype supérieure à 2 cm, la dégénérescence atteignant rarement une tumeur de diamètre inférieur. (L'insuffisance de débit des vaisseaux par rapport au volume pourrait en être la cause). Les risques sont estimés à 50 % dans ce cas contre 7 % dans le cas des polypes dont le diamètre est inférieur à 2 cm ;

- la multiplicité : les polypes multiples dégénèrent plus souvent que les solitaires : 14 à 50 % contre 7 % ;

- l'absence de pédicule ou son diamètre supérieur à 1 cm ;

- la présence d'une métaplasie intestinale ;

- une ulcération du sommet ou des irrégularités ;

- des hémorragies de la muqueuse ;

- une augmentation régulière de la taille ;

- la situation fundique du polype ;

- la pâleur de la tumeur.

Si la dégénérescence se produit le plus souvent au niveau du sommet, un cancer débutant peut se voir en n'importe quel point de la tumeur. (Au contraire des polypes coliques dont la dégénérescence se fait plus fréquemment par la base).

Mais, quel que soit le point de départ, on peut suivre la progression du carcinome : d'abord au-dessus de la muscularis mucosae, il atteint la sous-muqueuse puis la séreuse et les ganglions.

Dans le même estomac peuvent coexister un carcinome et un ou plusieurs polypes, voire une polypose diffuse.

Certains auteurs posent le problème d'une malignité initiale sans qu'on puisse vraiment parler de dégénérescence.

D'autre part, la récidive, après exérèse, peut se faire sur le mode malin, à l'endroit même du premier adénome.

Critères histologiques de malignité

Dans certains cas la malignité est évidente : adéno-carcinome plus ou moins différencié.

Mais atypies cellulaires et métaplasie posent des problèmes diagnostiques.

En effet, des atypies sont souvent rencontrées au niveau des polypes bénins (10 à 60 %), particulièrement au sein de ceux de grandes dimensions, surtout à la pointe. Il semble qu'elles ne correspondent que dans de rares cas à un début de dégénérescence.

Parfois, elles sont cependant considérées comme d'authentiques cancers in situ, pouvant ainsi se transformer en un véritable carcinome. Ce cancer se définit par sa localisation intra-muqueuse, purement locale, à l'opposé des cancers infiltrants et métastasiants.

La métaplasie intestinale, assez banale, est un peu plus fréquente dans les cas de polypes dégénérés.

L'association adénome gastrique - Maladie de Biermer doit également faire particulièrement redouter la dégénérescence malgré la petite taille des polypes.

Certains caractères histologiques doivent faire émettre des réserves :
- modifications cytoplasmiques avec augmentation de la basophilie ;
- irrégularités de forme et de position des noyaux ;
- augmentation du nombre des mitoses.

La désorganisation architecturale avec destruction de la disposition régulière des tubes glandulaires et rupture de la basale, la présence dans le chorion de tubes glandulaires ou d'amas épithéliaux, son infiltration par la croissance tumorale sont des signes formels de malignité.

Si les modalités en sont controversées, la dégénérescence maligne devra toujours être considérée comme possible et constitue bien le problème évolutif essentiel.

La seule preuve réelle est toujours histologique, d'abord par biopsie dirigée, puis par l'examen complet de la tumeur.

x

x x

ASSOCIATIONS PATHOLOGIQUES

Les associations morbides sont fréquentes chez les porteurs de polypes gastriques.

L'éthylisme est rencontré de façon notable.

Dans la série de Debat, portant sur 72 malades [(2)], 13 sont de grands éthyliques dont 7 présentent une cirrhose décompensée et les 6 autres une atteinte pré-cirrhotique, soit 18 %.

L'atrophie de la muqueuse gastrique est retrouvée avec une grande constance chez ces malades, faisant l'unanimité des statistiques (56 à 95 % des cas). Il est admis qu'elle fait le lit de l'adénome bien que les modalités en soient inconnues.

Hernie hiatale, ulcère gastro-duodénal sont retrouvés dans 12,5 et 18 % des cas.

Un cancer est retrouvé 16 fois chez les malades de Debat (soit 22 %), dont 2 cancers gastriques, 4 cancers digestifs, 3 extra-digestifs ; 7 polypes ont dégénéré [(2)].

Pour Eklof, sur 172 patients, 34 ont un cancer (20 %), 2 une tumeur pré-maligne et 30 autres une tumeur bénigne.

Aussi un cancer devra-t-il être systématiquement recherché au niveau du tractus digestif ou de tout autre organe après découverte d'un adénome gastrique.

Maladie de Biermer.

Les polypes de l'estomac sont 10 fois plus fréquents chez les bier-

meriens que dans le reste de la population ; l'atrophie gastrique constante et intense en est probablement la cause. Le traitement de la maladie est sans influence dans ce domaine.

Les polypes sont peu nombreux, petits, souvent latents et dégénèrent avec la même fréquence.

Enfin les adénomes gastriques peuvent être associés à des syndromes très rares :

- Syndrome de Peutz-Jeghers ou lentigino-polypose digestive, de caractère héréditaire, touchant des sujets jeunes, se manifestant par un melaena occulte avec anémie.

La polypose atteint les autres segments du tube digestif.

Les lésions cutanées sont constantes : lentiginose péri-orificielle et de la muqueuse buccale.

- Le syndrome de Cronkhite et Canada non héréditaire, associe une polypose généralisée gastro-intestinale à une diarrhée, une alopécie, une pigmentation cutanée, une atrophie unguéale et une hypoprotéinémie.

L'évolution en est rapidement fatale par syndrome carentiel.

- Le syndrome de Gardner de caractère héréditaire, dont une variante intéresse l'estomac, associe de façon plus ou moins complète une polypose recto-colique à des tumeurs osseuses (ostéomes cranio-faciaux, exostoses au niveau des os longs) et à des tumeurs des tissus mous (tumeurs superficielles cutanées et sous-cutanées, ou profondes ; mésentériques et rétro-péritonéales).

TRAITEMENT

Devant ces tumeurs bénignes mais qui peuvent dégénérer, l'intervention chirurgicale à caractère prophylactique et la surveillance endoscopique périodique constituent classiquement les deux possibilité thérapeutiques.

Les auteurs se laissent différemment attirer par l'une ou l'autre et, si certains sont très interventionnistes, d'autres très conservateurs, la plupart adaptent le traitement chirurgical au risque encouru par le patient, ou s'abstiennent, en surveillant régulièrement le malade par endoscopie afin de pouvoir intervenir rapidement si nécessaire.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

L'intervention chirurgicale est proposée chaque fois que la preuve de la bénignité de la tumeur n'a pas été établie de façon certaine, devant des polypes multiples ne se laissant pas tous biopsier ou si la surveillance médicale doit rester insuffisante.

Plusieurs types d'intervention sont possibles,

- Polypectomie simple,
- Gastrectomie partielle,
- Gastrectomie totale,

Un polype solitaire, manifestement bénin, de moins de 2 cm de diamètre, déjà biopsié, justifie la simple polypectomie, celle-ci prenant cependant toute l'épaisseur de la paroi et une collerette muqueuse de 2 cm autour de sa base.

Certains auteurs pensent que s'il existe une gastrite chronique atrophique il est préférable de pratiquer une gastrectomie des 2/3 devant le risque de récidive ou même d'apparition d'un cancer au niveau de la cicatrice.

Si des atypies cellulaires sont retrouvées beaucoup préfèrent alors une gastrectomie partielle.

La gastrectomie subtotale élargie n'est pratiquée par la majorité que quand la malignité de la tumeur a été établie alors que certains l'envisaegnt systématiquement même dans les cas précédents.

Devant des polypes multiples, s'ils sont peu nombreux, bénins, la résection simple de chacun séparément est possible comme s'il s'agissait de polypes solitaires. Sinon une gastrectomie partielle s'imposera.

Quant à la polypose diffuse, elle impose la gastrectomie en fonction de l'étendue des lésions.

x

x x

RECIDIVES :

Il est difficile d'en évaluer la fréquence. Cependant, pour EKLOF [7] 1 opéré sur 5 doit compter sur la réapparition de polypes.

Sur 72 malades [2], 3 avaient déjà été opérés et présentaient des récidives.

Dans 2 cas, il s'agissait d'un cancer et, dans 1 cas, 3 polypes bénins, contrôlés à 3 reprises, étaient réapparus 5 ans après gastrectomie.

Les résultats de HAY donnent 2 récidives après 7 polypectomies, 1 cancer pour 9 résections partielles pour polypose multiple, 1 cancerisation et 4 récidives pour 8 gastrectomies pour polypose diffuse.

Si les fréquences sont très variables, un fait est certain : les récidives ne sont pas rares et peuvent se faire sur le mode malin.

SURVEILLANCE MEDICALE

L'abstention chirurgicale peut être proposée devant un polype unique, (ou en petit nombre), dont tous les caractères sont en faveur de la bénignité, qui a été biopsié en plusieurs points, et en particulier, quand il s'agit d'un malade âgé, offrant un terrain précaire et si la gêne n'est pas très importante.

Mais il est indispensable que la surveillance soit régulière, comportant un examen endoscopique tous les 6 mois, au moins tous les ans, afin de déceler à temps tout signe de dégénérescence.

RESECTION ENDOSCOPIQUE

La simple surveillance endoscopique, ou la polypectomie chirurgicale peuvent actuellement être avantageusement suppléées par la polypectomie endoscopique.

Cette technique, qui a déjà fait ses preuves au niveau du colon, n'est encore que peu utilisée pour l'estomac.

Très bien tolérée, elle est tout à fait adaptée à ce problème thérapeutique. Elle réalise l'exérèse de la tumeur, sans les inconvénients d'une intervention chirurgicale et permet l'étude anatomopathologique de la totalité de la pièce ainsi réséquée.

MATERIEL

L'endoscope utilisé est de préférence un fibroscope à optique axiale [6]. Il permet en effet la récupération de plus gros polypes qui peuvent être extraits de l'estomac derrière l'instrument.

Avec les appareils à optique latéral, le polype doit être tiré à l'intérieur du canal opérateur sous peine d'être perdu pendant son extraction. Les pièces réséquées risquent ainsi d'être fortement endommagées.

Divers instruments pouvant passer par le canal opérateur de l'endoscope ont été conçus.

TSUNEOKA et UCHIDA ont utilisé primitivement une boucle métallique avec laquelle ils coupaient le polype de façon mécanique [8], ce qui s'accompagnait régulièrement d'un petit saignement.

La technique de la polypectomie endoscopique a fait un progrès considérable avec la création de l'anse diathermique haute fréquence, mise au point par DEYHLE et SEUBERTH, utilisée par CLASSEN et DEMLING [6].

Elle permet de réaliser simultanément l'électrosection et l'électrocoagulation, diminuant le risque hémorragique de façon décisive.

La boucle de cet appareil, ovale, mesure déployée 5 cm sur 2,5.

La récupération du polype réséqué a d'abord été réalisée par l'utilisation de pinces à biopsie conjointement avec une boucle spéciale (ainsi TSUNEOKA et UCHIDA ont réussi à extraire 71 % des polypes réséqués, les autres étant perdus).

Mais ce temps délicat, et essentiel, de l'intervention a gagné en sécurité par l'emploi d'un tube d'aspiration à appliquer contre le polype, et surtout depuis la création par SEIFERT de pinces permettant de tenir la pièce plus solidement, quelles que soient sa taille ou sa forme.

Ces instruments (10-11), qui ont une longueur de travail de 1.500 mm et un diamètre de 2,05 mm, sont :

- une pince flexible à 3 mors mobiles, très utile et très sûre, ses branches pouvant s'écarter de 10 mm ;

- une pince à 2 mors à griffe pour l'extraction des gros polypes ou de corps étrangers, ou la mise en place d'une sonde à travers une sténose du tractus digestif supérieur ;

- de petits ciseaux permettant de sectionner les fils de suture.

Ces derniers instruments, de conception récente ne sont encore que des prototypes appelés à servir de base au développement de nouveaux.

x

x x

TECHNIQUE

Dans la majorité des cas, le polype a déjà été l'objet d'un examen endoscopique avec biopsie dirigée.

Il a été classé, mesuré.

C'est seulement quand l'examen histologique n'a révélé aucun signe de malignité que la polypectomie endoscopique a été effectuée.

L'exérèse est pratiquée sous prémédication simple (scopolamine intraveineuse 1/8 mg et pethidine I.V. 0,05 mg) chez un sujet à jeûn.

1) Après localisation de la tumeur, l'anse diathermique est introduite par le canal instrumental du fibroscope jusqu'à la lésion.

Puis elle est déployée et, sous contrôle de la vue, placée autour de la base du polype.

La boucle est alors serrée progressivement.

La section et la coagulation sont réalisées simultanément ce qui a l'avantage de ne pas laisser apparaître de saignement important sur le lieu de prélèvement.

La tumeur est ainsi sectionnée au ras de plan de la muqueuse (3-4-6).

L'anse diathermique est alors retirée rapidement de l'endoscope.

2) La récupération du polype dans l'estomac doit être pratiquée sans tarder avant que le péristaltisme digestif ne l'entraîne.

C'est en effet un temps essentiel pour sa classification histologique et l'établissement d'un diagnostic précis et sûr.

Il peut être aspiré contre l'extrémité de l'endoscope au moyen d'un tube polyéthylène introduit dans le canal opérateur, puis extrait avec l'instrument.

Mais si cette méthode représente un progrès par rapport à la 1ère pratiquée par TSUNEOKA (pinces à biopsie),elle n'est pas non plus satisfaisante pour l'extraction des gros polypes.

Car dans ce cas, la dépression n'est pas assez puissante pour l'un, les pinces ne s'ouvrant pas suffisamment pour l'autre ou rencontrant un tissu trop fragile qu'elles traversent, ne permettent pas la récupération de façon sûre.

Pour surmonter ces difficultés, on trouve l'emploi des pinces à mors double ou triple.

La pince est introduite dans le canal opérateur et guidée vers le polype. Les branches sont alors déployées et le polype saisi par un léger resserrement de celles-ci.

L'extrémité distale qui tient le polype est ensuite ramenée vers l'objectif puis extrait avec l'instrument.

Elles permettent ainsi d'extraire les polypes réséqués avec une bonne sécurité (LAMBERT a ainsi récupéré 23 polypes sur 26 et SEIFERT, dans la série citée par LAMBERT : 49 sur 51).

3) L'examen histologique du polype est un temps essentiel. L'extrémité du pédicule est repérée et l'apposition d'une goutte d'encre de chine permet d'orienter la tumeur pour l'examen histologique, des coupes sériées étant pratiquées selon un plan axial.

x

x x

RESULTATS

HARGROVE et OVERHOLT ont réalisé l'électrorésection endoscopique de 12 polypes chez 9 patients [5].

Ceux-ci étaient âgés de 29 à 81 ans.

Le diamètre des polypes était compris entre 0,8 cm et 3 cm.

Il n'y a eu aucune complication.

Les auteurs rapportent notamment le cas d'une malade myxoedémateuse âgée de 81 ans présentant des polypes gastriques et une hernie hiatale découverts radiologiquement.

Le taux d'hémoglobine était de 9 g/100 ml.

Un mois plus tard, la gastroscopie a montré 3 polypes adénomateux,

pédiculés, chacun d'un diamètre d'environ 2 cm, 1 situé sur l'autre, 1 sur le fundus, 1 au niveau du corps !

Chacun a été extrait grâce à l'anse diathermique.

La malade a très bien supporté l'intervention et n'est plus anémique.

Dans la série publiée par SEIFERT et ELSTER, les patients sont au nombre de 20, âgés de 32 à 77 ans (12 femmes et 8 Hommes), présentant en tout 24 polypes [4].

La répartition macroscopique (selon la classification de YAMADA) et topographique est donnée par le tableau :

Localisation \ Type	I	II	III	IV
Subcardiale (1)				1
Corps (5)			5	
Autre (18)	6	2	10	

Chez 17 patients, il s'agissait de polypes solitaires, 2 en avaient 2, 1 en avait 3.

Plusieurs polypes furent réséqués pendant une même séance et enlevés en totalité par plusieurs introductions de l'endoscope.

Le diamètre des polypes enlevés varie de 0,3 cm à 3 cm.

LAMBERT et ses collaborateurs [3] ont appliqué ce traitement à 23 patients (13 hommes et 10 femmes) âgés de 44 à 78 ans, et présentant 26 polypes [3].

Les polypes étaient situés dans l'estomac chez 21 sujets (3 sur le fundus, 18 fois sur l'antre) et dans la 1ère partie du duodénum chez les 2 autres.

Parmi ces 23 patients, 19 avaient été suivis par exploration endoscopique depuis 3 ans et étaient sélectionnés comme porteurs de polypes bénins.

L'examen histologique pratiqué chez 14 d'entre eux avait confirmé la bénignité. 21 d'entre eux avaient 1 polype, 1 en présentait 2 et le dernier 3.

Les 4 autres patients ont subi l'exérèse endoscopique directement, comme premier geste dès le dépistage.

L'exérèse a donc porté sur 26 polypes.

La récupération n'a pas été possible initialement chez 3 patients mais dans tous les autres cas elle a été effectuée et l'étude histologique assurée.

Aucun des polypes ne présentait de malignité potentielle (cancer in situ) ou confirmée (cancer invasif).

Le diagnostic de polype adénomateux s'est vérifié 14 fois : pour 8 de l'antre, 6 du fundus, (1 cas solitaire, 1 double, 1 triple).

Le diagnostic de tumeur non adénomateuse a été porté 4 fois :

- 1 granulome éosinophile,
- 2 hétérotopies de tissu pancréatique,
- 1 leïomoyome.

Une lésion non tumorale a été trouvée 3 fois :

- 2 cas de pseudo-polypes inflammatoires,
- 1 cas où la muqueuse gastrique ne présentait pas d'anomalie évidente.

Dans le duodénum, un des polypes correspondait à une hyperplasie des glandes de Brünner, l'autre à un pseudo-polype inflammatoire.

Les incidents et les accidents ont été rares.

Aucune hémorragie n'a été remarquée.

Chez un patient, il a été observé une ulcération profonde, accompagnée de fièvre, lors du contrôle endoscopique, 8 jours plus tard.

CLASSEN et FRUHMORGEN [8] ont appliqué cette technique à 15 patients. Ils n'ont rencontré aucune difficulté et n'ont pas noté de complication.

x

x x

SUITES

Après l'intervention, l'évolution est suivie par des contrôles endoscopiques réguliers au bout de 1, 4 et éventuellement 8 semaines.

Evolution de l'ulcération créée par la polypectomie.

La lésion de la muqueuse ainsi apparue évolue rapidement vers la guérison.

SEIFERT [4] rapporte que pour 24 résections :

- après 1 semaine :
  - . 5 étaient guéries sans cicatrice visible ;
  - . chez 12 patients des ulcères de taille différente persistaient ;
  - . Chez 4 autres une fibrose oedémateuse était retrouvée histologiquement ;

- après 4 semaines :
  - . 7 des 12 ulcères étaient guéris avec cicatrice visible dans 6 cas ;
  - . Dans tous les cas de fibrose oedémateuse, la muqueuse était normale ;

- 2 petits ulcères persistaient encore dont il ne restera qu'une cicatrice 8 semaines après la résection.

Dans la série de SEIFERT citée par LAMBERT, après 51 polypectomies, 16 malades ont eu une ulcération rapide ayant évolué pendant 4 semaines (13 cas) ou 8 semaines (3 cas).

Ainsi, les auteurs s'accordent sur la bonne cicatrisation des lésions, celles-ci étant souvent guéries 2 semaines après l'intervention, la plupart l'étant après 4 et les plus importantes ayant disparu après 8 semaines.

En comparaison avec l'ulcus peptique, l'évolution vers la guérison est plus rapide. Ceci doit être dû au fait que l'ulcération apparue à la suite de la polypectomie, correspondant à un effet de section et de coagulation, il n'y a pas de forte réaction inflammatoire [4].

D'autre part, sur 20 patients, SEIFERT avait administré à 10 d'entre eux un traitement anti-ulcéreux.

Celui-ci s'est montré sans aucun effet sur l'évolution de cette ulcération.

Facteurs jouant sur la taille de l'ulcération

Le diamètre de l'ulcération est mesuré au moyen d'une sonde graduée.

Il apparait que le lieu de la résection est sans influence.

Le diamètre du polype ne semble pas non plus déterminant.

L'étendue de l'ulcération dépend uniquement de la taille du pied du polype, étant d'autant plus grande que la base est plus large.

Les polypes sessiles conduisent plus souvent à des lésions ulcéreuses.

Au contraire, les polypes à pédicule étroit guérissent vite et sans cicatrice apparente.

Complications et accidents

Elles sont exceptionnelles.

Les auteurs japonais et allemands, pas plus que LAMBERT, ne mentionnent d'hémorragies graves, de perforations, ou d'autres complications.

Si TSUNEOKA et UCHIDA ont remarqué de légères hémorragies après section, ce fait est certainement dû à l'effet purement mécanique de l'instrument qu'ils utilisaient et ces inconvénients ne se rencontrent qu'exceptionnellement avec l'anse diathermique.

SEIFERT [4] n'a observé un saignement visible à l'endoscopie que chez 1 seul patient qui présentait un polype sessile de 13 mm de diamètre et se révélant être, histologiquement, un neurinome sous-muqueux.

Le sang jaillit du fond de l'ulcération créée par l'électrosection, mais le saignement a été rapidement arrêté par électrocoagulation.

Il ne réapparut pas, et, après une semaine, seule apparaissait la lésion habituelle.

Quelques fois un véritable ulcère gastrique peut se développer à la suite d'une polypectomie endoscopique, comme le rapportent OTTENJANN, ELSTER et BURTELHEIM [9] chez un homme de 28 ans ayant un polype sessile de l'antre, d'un diamètre de 1 à 1,5 cm.

Deux heures après l'intervention, la gastroscopie a montré une zone nécrotique mal limitée, d'un diamètre de 1 à 1,5 cm.

10 jours après un véritable ulcère fut révélé par l'examen radiologique, l'endoscopie confirmant l'existence d'une nécrose fibrinoïde du fond. L'histologie montrait que la nécrose fibrinoïde était seulement ébauchée et que la réaction leucocytaire retrouvée avait un caractère purulent, signe inhabituel.

8 semaines plus tard, le contrôle gastroscopique montrait une cicatrisation en étoile presque complète, seulement centrée par un minuscule ulcère de la taille d'une tête d'épingle, disparaissant peu après.

Une réintervention est parfois nécessaire par la présence d'un polype restant (4).

Une nouvelle résection est alors possible une semaine après la première. C'est ce que SEIFERT a été amené à faire avec succès chez un patient présentant un polype restant de 6 mm, ayant eu primitivement un polype antral de grande taille.

Chez un autre, deux interventions furent nécessaires en trois semaines.

Une récidive du polype extrait pouvant se voir à l'emplacement même de la première résection et le développement toujours possible d'un carcinome au niveau de la cicatrice, rendent indispensable la surveillance, régulière, attentive de ces malades, les contrôles devant être effectués tous les ans.

On ne dispose pas actuellement d'un recul suffisant pour évaluer les risques de récidive après polypectomie endoscopique.

Au total, les complications sont rares, les risques très limités, mais certains accidents secondaires doivent rendre nécessaire la surveillance des malades soumis à ce procédé d'exérèse.

SEIFERT, pour sa part, estime que l'électrorésection endoscopique des polypes gastriques peut être pratiquée de façon ambulatoire sans grand risque, l'hospitalisation, brève ne s'imposant qu'en cas de complication.

x

x x

CONTROLE HISTOLOGIQUE

Le contrôle histologique initial, recherchant une éventuelle malignité par biopsie dirigée au niveau de la tumeur, est efficace : sur 19 patients ainsi sélectionnés par LAMBERT, aucun n'a présenté de lésion carcinomateuse.

Mais dans quelle mesure le prélèvement biopsique est-il représentatif de la structure histologique du polype ?

Souvent trop superficiel, il ne peut être une image sûre de la totalité de la tumeur.

Ainsi pour LAMBERT, les biopsies dirigées portant sur 72 polypes, n'ont permis d'affirmer le diagnostic que dans 18 cas [(2)].

Pour SEIFERT [(4)] la comparaison des résultats histologiques des biopsies pratiquées avant la polypectomie et les résultats fournis par l'examen de la totalité des polypes réséqués a montré des résultats différents 18 fois sur 24 (et dans la série citée par LAMBERT 19 fois sur 49).

C'est seulement pour 6 polypes que les résultats concordaient.

Pour 10 polypes, la biopsie dirigée a donné une gastrite superficielle ou une muqueuse normale. 6 étaient dus à une tumeur sous-muqueuse.

Pour 8 polypes, des formes histologiquement mixtes ont été trouvées dont :

5 fois le type adénomatose hyperplasique,
1 adénomatose tumorale,
1 hyperplasie angiomateuse,
1 hyperplasie neurogène.

Il est à noter que pour un polype, si la couche superficielle est souvent de type hyperplasique, en profondeur peut exister un adénome véritable ayant échappé à la biopsie.

Face au polype de type villeux, l'idée d'un carcinome naissant fera pratiquer l'exérèse complète de la tumeur afin de pouvoir l'étudier en totalité et d'adapter s'il le faut la conduite thérapeutique.

Les coupes sériées sont faites de façon axiale dans le but d'intéresser la totalité du pédicule.

La bénignité ne sera admise que lorsqu'aucun foyer suspect de dédifférenciation cellulaire ne sera retrouvé dans la totalité du polype.

Si après examen, une zone dédifférenciée ou un véritable cancer in situ est reconnu, la surveillance devra être particulièrement attentive mais l'intervention chirurgicale ne s'impose pas [3].

Si le cancer est invasif, le rôle diagnostique de la polypectomie aura permis de faire pratiquer rapidement la gastrectomie qui s'impose.

Ainsi un cancer gastrique à un stade précoce peut-il être détecté et traité rapidement.

x

x x

INDICATIONS

L'exérèse endoscopique des polypes de l'estomac n'est envisageable que lorsque leur aspect est typiquement bénin, évoquant celui du polype adénomateux, de taille inférieure à 2 cm, siégeant au niveau du fundus, de l'antre ou du bulbe duodénal.

Toute suspicion de malignité la fera écarter.

L'intervention est très bien supportée et l'âge n'est pas une contre-indication. Méthode non douloureuse, très peu traumatisante, pouvant être pratiquée de façon ambulatoire elle possède au contraire des avantages très nets par rapport à la chirurgie, les polypes étant retrouvés plus fréquemment à mesure qu'augmente l'âge.

Les polypes devront donc répondre à certains critères morphologiques pour que cette technique soit proposée [3-4] :

- avoir macroscopiquement l'aspect bénin d'un polype adénomateux. C'est l'expérience gastroscopique qui permettra de réduire le nombre des inter-

ventions inadaptées : pseudo polype inflammatoire, plus coloré à centre déprimé, métaplasie pancréatique centrée par un canal excréteur.

- la forme : les polypes les mieux adaptés à la résection endoscopique sont les polypes pédiculés ou avec une base étroite (correspondant aux types IV et III de YAMADA). En ce qui concerne ces types de polypes, il est beaucoup plus aisé de passer l'anse de résection autour de leur base. Les contrôles ultérieurs montrant d'ailleurs la tendance rapide à la guérison de l'ulcération ainsi créée.

Au contraire, les polypes plats (I et II de YAMADA) sont plus difficiles à réséquer et donneront la plupart du temps des ulcérations plus importantes, plus longues à cicatriser. Ces formes sessiles sont fréquentes dans l'estomac mais il ne s'agit pas de contre-indication.

- Les dimensions du polype : le diamètre ne doit pas excéder 2 cm, le risque de malignité dans les tumeurs plus volumineuses étant plus élevé.

- Le nombre : Ils doivent être soliraites ou en petit nombre. Dans ce dernier cas, il faut chaque fois sortir l'instrument, au bout duquel se trouve le polype réséqué et maintenu par les pinces ou le tuyau aspirateur, et le réintroduire autant de fois que nécessaire.

La méthode trouve une de ses limites devant la polypose gastrique diffuse dont le potentiel malin est grand et qui nécessitera une gastrectomie.

Elle peut par contre intéresser un polype solitaire récidivant sur le moignon gastrique.

- La topographie, L'exérèse au niveau du fundus est la plus aisée. Au niveau de l'antre, la récupération du polype peut être compromise s'il est juxtapylorique.

Au total, un très grand nombre de polypes peuvent être l'objet de cette exérèse endoscopique.

x

x x

POLYPECTOMIE D'EMBLEE

L'exérèse du polype peut être proposée dès son dépistage endoscopique, permettant alors, par son examen histologique une étude complète et sûre de sa nature.

Si des signes de malignité sont découverts, impliquant l'intervention chirurgicale, celle-ci pourra survenir très précocement.

Si la bénignité de la lésion est confirmée, l'électrorésection aura été le geste thérapeutique.

LAMBERT a adopté cette conduite chez 4 patients (3).

La résection endoscopique possède, par rapport à l'intervention chirurgicale de nets avantages, le nombre de polypes découverts croissants avec l'âge. Elle se fait rapidement, sans douleur et est particulièrement adaptée aux "malades à risques".

Les complications sont rares.

L'examen anatomo-pathologique est complet et peut permettre de décider si nécessaire une gastrectomie.

La chirurgie reste bien sûr indiquée chaque fois que la bénignité n'est pas sûre, que les polypes sont trop nombreux.

Mais quelle que soit l'attitude adoptée : chirurgie, abstention, résection endoscopique, la surveillance attentive du malade s'impose, afin de déceler une éventuelle récidive ou l'apparition d'un carcinome, et celle-ci revient de droit à l'endoscopie qui permet de voir directement les lésions et d'effectuer des prélèvements biopsiques si nécessaire.

C O N C L U S I O N

1) - Chez un patient de 73 ans, nous avons découvert, au décours d'une phlébite, plusieurs polypes bénins de l'estomac, apparemment isolés.

2) - A cette occasion, nous avons revu la littérature se rapportant à ce sujet :

A - Les polypes gastriques sont des proliférations glandulaires bénignes de l'estomac, qui ne dépassent jamais la muscularis mucose.

De siège plus souvent antral, ils peuvent être sessiles ou pédiculés. Le risque de dégénérescence maligne est de l'ordre de 20 % dans la majorité des séries.

B - L'expression clinique et radiologique reste pauvre dans la majorité des cas et peut rester latente dans près de la moitié.

Les signes digestifs sont polymorphes et nullement caractéristiques. Les complications, surtout hémorragiques, sont rarement graves.

Les signes radiologiques, sous forme de lacunes homogènes ne permettent pas d'affirmer le diagnostic.

C - Par contre, l'essor de la fibroscopie permet actuellement un dépistage plus fréquent, et d'affirmer, avec l'aide de la biopsie dirigée, la bénignité ou non d'un polype de façon très sûre.

D - Le traitement n'est pas codifié. La polypectomie simple, la gastrectomie plus ou moins large, la surveillance médicale sont discutées.

E - L'électroresection endoscopique nous paraît être la meilleure méthode thérapeutique. Elle peut être appliquée aux polypes bénins, solitaires ou peu nombreux. Non douloureuse, peu traumatisante, de risques très limités, elle est bien supportée par les patients.

Elle permet un examen histologique complet et participe à la prophylaxie du cancer gastrique dans la mesure où elle peut découvrir précocement une dégénérescence maligne.

Vu le Président de Thèse

C. LAROCHE

Vu le Doyen de la Faculté

F. DELBARRE

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE PRESIDENT DE L'UNIVERSITE DE PARIS V

J. FREZAL

B I B L I O G R A P H I E

1 - BLANC D.
Les polypes gastriques. (à propos de 10 observations, revue générale de la littérature).
Thèse Méd. Paris. 1970.

2 - DEBAT P.
Les polypes gastriques. (à propos de 72 observations d'adénomes de l'estomac).
Thèse Méd. Lyon. 1973.

3 - MOULINIER B., GRENIER-BOLEY Ph., DE OLIVEIRA C., RUET D. et LAMBERT R.
L'exérèse endoscopique des polypes gastriques ou duodénaux.
Nouv. Presse Méd., 1974, 3, 740-742.

4 - SEIFERT E. and ELSTER K.,
Endoskopische Polypektomie am Magen.
Indikation, Technik und Ergebnisse.
Dtsch. Med. Wschr., 1972, 97, 1199-1203.

5 - ARGROVE R.L. and OVERHOLT B.F.
Gastric polypectomy through the gastroscope.
J. Amer. Med. Ass., 1973, 224, 904-905.

6 - CLASSEN M. and DEMLING L.
Operative Gastroskopie, fiberendeskopische Polypenabtragung im Magen.
Dtsch. Med. Wschr., 1971, 96, 1466-1467.

7 - ROSCH W., ELSTER K., and OTTENJANN R.
Endoskopisch-bioptische Diagnose der Magenpolypen.
Dtsch. Med. Wschr., 1971, 96, 39-40.

8 - CLASSEN M. and FRUHMORGEN P.

Operative endoscopy in the gastro-intestinal tract.

Acta Hépato-Gastro-Enterol., 1972, 19, 124-127.

9 - OTTENJANN R., BARTELHEIMER W. and ELSTER K.

Magenulkus nach endoskopischer polypektomie.

Endoscopy., 1971, 3, 212-215.

10 - SEIFERT E.

A nex flexible forceps for the removal of polyps from the gastro-intestinal tract after successful endoscopic polypectomy.

Endoscopy., 1972, 4, 226-227.

11 - SEIFERT E.

Appliances for surgical endoscopy.

Endoscopy., 1973, 5, 96-99.